FACULTAD DE MEDICINA DE MEXICO.

# Paralelo entre los principales métodos de tratamiento de la placenta previa.

## TESIS

Que para el examen general
de Medicina, Cirugía y Obstetricia presenta al Jurado Calificador

MANUEL GARCIA

Alumno de la Escuela Nacional de Medicina de México, Ex-Practicante
del Hospital Militar, Interno de la Casa de Maternidad
é Infancia y Practicante del Consultorio gratuito de la Beneficencia Pública.



MEXICO

IMPRENTA DEL GOBIERNO FEDERAL, EN EL EX-ARZOBISPADO,

(Avenida 2 Oriente, núm. 726.)

1891

FACULTAD DE MEDICINA DE MEXICO.

# Paralelo entre los principales métodos de tratamiento de la placenta previa.

# TESIS

Que para el examen general
de Medicina, Cirugía y Obstetricia presenta al Jurado Calificador


# MANUEL GARCIA

Alumno de la Escuela Nacional de Medicina de México, Ex-Practicante
del Hospital Militar, Interno de la Casa de Maternidad
é Infancia y Practicante del Consultorio gratuito de la Beneficencia Pública.





MEXICO

IMPRENTA DEL GOBIERNO FEDERAL, EN EL EX-ARZOBISPADO,
(Avenida 2 Oriente, núm. 726.)

1891

A la memoria de mi Padre.

A mi Madre y hermano.

*A mis maestros.*

Al Sr. Dr. Eduardo Licéaga.

A los Señores Doctores

Manuel Gutiérrez, Ramón Macías
y José Terrés.

Al Sr. Lic. Eduardo Ruíz.

---

Al Sr. General Ygnacio Oribuela.

---

Al Sr. Lic. Manuel A. Mercado.



El grado de torpeza intelectual que me caracteriza me había obligado á escoger como punto de tesis, algo que pusiese en juego, más que facultades que no poseo, siquiera fuera aquellas que, como la constancia y el amor al trabajo, se pueden conseguir tan sólo con una poca de buena voluntad. Como la mía ha sido siempre inquebrantable, emprendí lleno de ilusiones el estudio de la pelvimetría interna en el vivo.

Mi objeto era únicamente el de ratificar las sabias conclusiones que, personas competentes de sobra en la materia, habían dejado ya establecidas; y comprobar una vez más, la existencia de una forma nueva de pelvis: la pelvis mexicana.

Pero obstáculos, como lo son el temor, á mi modo de ver exagerado, de desarrollar la septicemia por la introducción de los pelvímetros; la poca ó ninguna docilidad de las mujeres en cinta, objeto de mis estudios, y otra multitud que no enumero por no ser prolijo, me hicieron perder un tiempo precioso en espera de verlos vencidos, y al fin desistir por completo de mi propósito.

El tratamiento de las hemorragias por placenta previa que al fin presento, es de un orden enteramente di-

verso, y forma un capítulo de lo que pudiéramos llamar Obstetricia de urgencia.

Allí donde se necesita el conocimiento exacto de los principales métodos, prontitud y aplomo en las determinaciones y sangre fría en la ejecución, querer aplicar siempre y á todo propósito el mismo método, ó lo que es más frecuente, poner en práctica métodos que requieren gran destreza y una extensa experiencia, es exponerse á ver perdido su trabajo y, lo que es de más trascendencia, á presenciar un cuadro que, desagradable para el operador, es aterrador para las familias: la muerte de dos seres en pocos instantes.

Las fuentes de donde tomé los principales datos para la formación de este humilde trabajo, son las publicaciones más recientes sobre el particular, y las brillantes lecciones orales que recibimos el año pasado del justamente amado maestro, el Sr. Dr. Manuel Gutiérrez. En cuanto á los datos estadísticos, los he tomado de los documentos que existen en la Casa de Maternidad, que con suma bondad me fueron proporcionados.

Lejos estoy de creer que lo que hoy presento á mi ilustrado jurado tenga algún mérito; muy al contrario, puedo asegurar que lo hago sin la más mínima pretensión de haber tratado debidamente un asunto que requiere ser estudiado por personas mucho más competentes que yo que apenas comienzo á estudiar, y por sólo este hecho no puedo poseer los conocimientos y destreza que el asunto requiere. Hay una circunstancia que atenúa mi atrevimiento, y es, el haber puesto de mi parte todo cuanto pude por conseguir el fin que hoy me propongo.

*Manuel García.*



# HISTORIA.

---

## RESUMEN DE LOS MÉTODOS.

**A.**—Métodos que obran sobre la madre.

1º Para detener la hemorragia:

I. Mét. de Leroux.—Tapón (1776).

II. Mét. de Dubois.—Cuernecillo de centeno (1836).

III. Mét. de Seyfert.—Inyecciones vaginales (1852).

2º Para abrir el cuello:

IV. Mét. de Guillemeau.—Parto forzado (1574).

V. Mét. de Barnes.—Sacos dilatadores (1862).

VI. Mét. de Greenhalgh.—Parto provocado (1865).

**B.**—Métodos que obran sobre el huevo.

1º Para despegar ó arrancar la placenta:

VII. Mét. de Bunsen.—Arrancamiento parcial (1839).

VIII. Método de Simpson.—Despegamiento total (1844).

IX. Mét. de Barnes.—Despegamiento parcial (1862).

2º Para hacer escurrir el líquido amniótico:

X. Mét. de Deventer.—Perforación de la placenta (1734).

XI. Mét. de Puzos.—Rotura de las membranas (1759).

XII. Mét. de Cohen.—Rotura después de despegar la placenta (1855).

3º Para obrar sobre el feto:

XIII. Mét. de:

*a.* Wigand.—Versión cefálica por maniobras externas (1812).

*b.* Braxton-Hicks.—Versión podálica por maniobras combinadas (1864).

XIV. Mét. de Kristeller.—Expresión fetal (1865).

XV. Mét. de ? (sin nombre especial).—Extracción con el forceps, con la mano (con ó sin versión), ó por medio de la embriotomía.

El parto forzado, que consiste en la extracción del feto cuando el orificio uterino no está ni dilatado ni dilatable, fué el primer método que se empleó para el tratamiento de la placenta previa.

Preconizado por Guillemeau á fines del XVI siglo, permaneció como único recurso por muchos años y Levret fué quien en 1770, le dió el nombre que aun lleva. En nuestros días nadie lo aconseja, y con razón, puesto que la rica vascularización del segmento inferior de la matriz, en el caso que nos ocupa, daría lugar á una abundante hemorragia á la menor solución de continuidad; si pues el parto forzado debe ser desechado, por regla general, con mayor razón en los casos de placenta previa.

En 1759, apareció el método de Puzos, que es el polo opuesto del anterior: la simple rotura de las membranas.

Este método, excelente en las circunstancias que veremos después, hizo muy poco ruido, y hoy está lejos de tener las aplicaciones de otros métodos; muchos parteros

no le conceden ni siquiera este nombre, considerándole como una simple intervención.

¿Qué más natural que pensar en el taponamiento de la vagina, en poner una barrera infranqueable á una hemorragia imposible de cohibir? Y sin embargo no se había ocurrido esto sino hasta 1776, á Leroux. Desde entonces sólo se pensaba en aplicar este método heroico, llegando con Pajot hasta dejar á las mujeres expulsar tapón y engendro.

En 1844, época en que nació el método de Simpson, atrajo éste, sólo por un momento, la atención de los parteros, debido sin duda al renombre de su autor, cayendo después en el olvido. Bien se puede considerar el de Leroux como reinando sólo por cerca de un siglo.

Estaba reservado á la Inglaterra producir dos grandes métodos, tan grandes como sus autores: me refiero á los de Barnes y Braxton-Hicks. El primero, aconsejando el despegamiento parcial de la placenta (en el sitio de la zona peligrosa) con ó sin saquillos dilatadores en el cuello del útero, y abandonar el parto á la naturaleza. El segundo, haciendo la versión podálica por maniobras combinadas y transformando al feto en un verdadero tapón; magnífico tapón natural que va aumentando gradual y progresivamente de grueso, como gradual y progresiva es la dilatación del cuello uterino, y que detiene seguramente la hemorragia.

Dos ataques directos fueron éstos al método de Leroux, en un intervalo de tiempo relativamente corto, de 1862 á 1864. Más tarde veremos sus indicaciones respectivas.

Mientras que los franceses continúan empleando el taponamiento, los alemanes se sirven del método de Braxton-Hicks, y es el de Barnes el que se usa en Inglaterra y Estados Unidos.

Este ha sido el orden de sucesión de los principales métodos, siendo los cinco últimos los que más llaman la atención de los parteros, y de los que pasamos á ocuparnos.

# I

# METODO DE LEROUX.

---

### Taponamiento.

Los autores están de acuerdo en conceder á Leroux el honor de haber elevado á la categoría de método, el taponamiento que hoy lleva su nombre, y que consiste en oponerse mecánicamente, no importa con qué cuerpo, á la salida de la sangre por las partes genitales.

El estudio del taponamiento comprende diferentes puntos:

1º Manera de aplicarlo.

2º Su papel como hemostático.

3º Su influencia sobre las contracciones uterinas.

4º La acción local, y sobre los órganos vecinos.

5º Como agente de septicemia.

6º Lo que se puede esperar de él, según los datos estadísticos.

### 1º Manera de aplicar el tapón.

Las sustancias verdaderamente útiles para la aplicación del tapón, son: las hilas y el algodón hidrófilo. Excusado es decir que en los casos de urgencia se puede uno servir de todo lo que adaptarse pueda á la forma de la

vagina, y se citan casos de médicos que se han servido de pañuelos y uno de ellos aun de su propia peluca.

Diagnosticado el caso y resuelto á taponar, debe el partero pedir inmediatamente:

Hilas ó algodón 500.00

Vaselina ó cerato fenicado al 2 por ciento 100.00.

Sal fénica ó salicílica, al 2 ½ ó 5 por ciento la primera; al 5 ó 10 por ciento la segunda 1,000.00.

Mientras tanto se dan instrucciones á las personas de que se dispone acerca del tamaño y el número de bolitas de algodón, y la manera de atarlas. Deben ser del tamaño de una nuez y su número tal que se pueda llenar con ellas un sombrero alto; hay quienes las unan de manera de formar una cola de papelote, pero es mejor atar cada una al extremo de un hilo que mida por término medio de 20 á 25 centímetros; de este modo se facilitará notablemente su extracción; teniendo la seguridad de que los hilos más largos serán los que correspondan á las bolitas más cercanas de la vulva.

Colocada la mujer en postura toconómica, vaciado el recto y vejiga, hecha una inyección antiséptica en la vagina, desinfectadas las manos del partero y los instrumentos, y todo presto, se procede á la aplicación del tapón con ó sin espejo, siendo preferible lo segundo para quitarse de estorbos; se toman los taponcillos de algodón, previamente impregnados de la solución antiséptica, se les exprime y se van colocando, uno por uno, en el interior de la vagina, sirviéndose para esto de unas pinzas de largas ramas, previamente cubiertas de una capa de grasa fenicada. Los dedos índice y medio de la mano izquierda son introducidos en la vagina, para servir de conductores á las pinzas. Los fondos de saco son los primeros que se deben rellenar, teniendo cuidado de no dejar ningún intersticio libre que se haría más tarde receptá-

culo de la sangre derramada; en seguida se cubren los labios y el orificio del hocico de tenca y así sucesivamente hasta llegar á la vulva.

Ahora, la razón porqué es preferible servirse del tapón clásico que acabamos de describir y no de vejigas naturales ó de caucho es, que por muy elásticas que se les quiera considerar, nunca podrán serlo bastante, para llenar los fondos de saco vaginales y penetrar en el orificio uterino. Quedan por tanto todos los aparatos construídos sobre estas bases: colpeurinter de Braun, pesario de aire de Gariel, etc., ocupando un lugar may inferior al tapón descrito.

No se ha concluído la tarea cuando se ha llegado hasta la entrada de la vagina; es preciso fijar el tapón sólidamente, si no se quiere que por los movimientos de la mujer y sobre todo por las contracciones del útero, sea expulsado aquel poco á poco.

Para fijarlo, se coloca sobre la vulva un gran mollar de hilas, y sosteniendo á todo, un vendaje en T.

Lo primero que se ocurre ahora es preguntar, qué tanto tiempo debe durar aplicado el tapón. Hay quien haya dicho que no debe dejarse aplicado más de una hora. Otros, por el contrario, ordenan no tocarlo antes de 24 horas. Nosotros nos colocamos con el Sr. Tarnier en un término medio, y admitimos una aplicación de 12 horas. Una duración mayor podría dar lugar á la septicemia ó por lo menos á accidentes de compresión.

Esta es una regla general que admite numerosas excepciones. Las veces, por ejemplo, en que el tapón produce dolores insoportables que obligan á quitarlo.

¿Se debe quitar el tapón durante el período de expulsión ó no? Es un punto importante sobre el que nada absoluto se puede establecer. Depaul aconseja extraer el tapón y hacer la versión ó la aplicación de forceps para

terminar rápidamente el parto. Pajot, por el contrario, quiere dejar á la mujer el trabajo de expulsar tapón y feto.

Es evidente, que en los casos en que sufre la vida del producto, ya porque se trate de una presentación viciosa, ya por el escurrimiento del líquido amniótico, acompañado de una debilidad en las contracciones uterinas, se debe desembarazar cuanto antes á la mujer. Mas si las contracciones son vigorosas, y el feto no sufre ó está ya muerto, no hay inconveniente en dejar la expulsión á la naturaleza.

No faltan observaciones en las que unas cuantas horas no bastan para producir el parto y en algunas de ellas ni muchos días; entonces se debe seguir la misma regla, de dejarlo durante 12 horas, renovándolo cuantas veces se crea necesario.

### 2º Papel del tapón como hemostático.

Aplicaciones de tapón hechas con unas cuantas bolas de algodón, han dado, y darán siempre lugar á hemorragias tan graves como pudieran serlo aquellas que provienen en los casos en que no se hace ninguna intervención.

Tampoco dejan de serlo, cuando se hace uso de vejigas elásticas, que tienen el inconveniente, ya señalado, de no llenar todos los huecos que existen en la cavidad de la vagina; resultando de allí, que la sangre encuentra espacios vacíos en donde ser contenida; otras veces también se le ha visto abrirse paso entre las paredes vaginales y los sacos dilatados.

No sucede lo mismo con el tapón clásico, cuando está bien aplicado. En los 47 casos de estadística de Auvard, en que el tapón se había aplicado solo, se encuentran 16 en los que se produjo la imbibición del tapón, pero nun-

ca una verdadera hemorragia, y 10, en que se hizo la filtración de la sangre á través del tapón, sin ningún peligro para la madre; así es, que no le quita en nada su gran valor como hemostático.

¿Mas de qué sirve que la sangre no se derrame al exterior, si la hemorragia se ha de tornar en interna? Dos casos pueden presentarse: ó están intactas las membranas ó no; si lo primero, no hay ningún temor de que la hemorragia se produzca, porque no hay espacio vacío que contenga la sangre; si lo segundo, entonces se deberá temer la homarragia interna, que se presenta rara vez, quizá por requerir como circunstancias favorables para su producción, la inercia de la matriz y las presentaciones viciosas. Cuando tales casos se presenten, se deberá corregir la presentación por maniobras externas y ayudar á la fuerza contráctil de la matriz por vendajes apropiados; pero no prescindir del tapón, poderoso medio de hemostasis.

### 3º Influencia del tapón sobre las contracciones uterinas.

Nada más variable, que el tiempo en que determina el tapón las contracciones uterinas, cuando las produce; pues casos hay en que después de dejarlo muchos días, no han sobrevenido aquellas; se ha quitado el tapón, y el parto se ha verificado algunos días después; otras veces hanse hecho aplicaciones sucesivas del tapón, para conseguir el objeto deseado.

Cuando el orificio está rígido y el trabajo ha comenzado, para asegurar la acción del tapón, como determinante de las contracciones, se han despegado previamente las membranas por la introducción de un catéter en la cavidad de la matriz.

De lo dicho resulta, que si el tapón es un seguro y poderoso medio de hemostasis, no lo es como provocador del parto.

### 4º Acción local del tapón y sobre los órganos vecinos.

Las aplicaciones brutales serán las únicas que puedan producir desgarraduras de la vagina. Largas aplicaciones de tapón son también las únicas que han provocado la formación de escaras. Pero hay accidentes del todo independientes del operador y que sólo reconocen por causa, la susceptibilidad de las personas y la irritabilidad de su sistema nervioso; me refiero al dolor insoportable que se produce en muchas mujeres, dependiente de la distensión de las paredes de la vagina y de la compresión del recto y la vejiga por el tapón, y que obligan á quitarlo; otras veces no es sólo dolor, sino un verdadero tenesmo rectal y vesical el que se produce. Cuando esto suceda puede ensayarse la combinación de los dos tapones: hilas en los fondos de sacos vaginales; y vejiga dilatable en el resto.

Otro reproche se ha hecho al tapón: el producir la retención de las materias fecales y de la orina. Esta sería de tomarse en consideración, si el tapón fuese á durar muchas horas; pero una aplicación de 12 horas solamente, después de haber vaciado al principio recto y vejiga, no tiene ningún inconveniente. Si á esto agregamos que el cateterismo es posible, se verá con toda claridad el poco valor de aquel reproche.

### 5º El tapón como agente de septicemia.

Si hemos de juzgar por las experiencias del Dr. Koch, de la septicidad del tapón, podremos decir que en ningún

caso y sea cual fuere el antiséptico que se emplee, es posible impedir el desarrollo de los microbios en el tapón algodonado. Este autor se puso en igualdad de condiciones del partero que tapona: tomó huate, lo impregnó de soluciones antisépticas variadas, en seguida de sangre de buey mezclada con secreciones vaginales y colocó todo en una estufa, á la temperatura del cuerpo. Después de una permanencia de 8 á 90 horas, hizo el examen bacteriológico, encontrando microbios capaces de producir la infección.

Las soluciones de bicloruro al $1/_{500}$ no bastaban, sin duda por su combinación con la albúmina de la sangre. Mas si atendemos á la clínica, vemos que en las estadísticas extranjeras, no se encuentra ni un sólo caso de septicemia, cuando se aplicó el tapón según las reglas de la antisepsis. En tres de nuestras observaciones, 8ª, 9ª y 21ª, en que se practicó exclusivamente el taponamiento, la primera se complicó de septicemia; pero hay que considerar que no siempre se siguen en el Hospital todas las reglas de la antisepsis, y además, en esa observación hubo dos aplicaciones del tapón, durando la 1ª 29 y la 2ª 22 horas.

6º Lo que podemos esperar del tapón, según los resultados estadísticos.

Haremos resaltar por las estadísticas el valor del tapón de Leroux, por ser el que se emplea de preferencia en México, y compararemos los resultados obtenidos antes y después de la introducción de la antisepsis.

Sumando los casos recogidos en la Clínica y en la Maternidad de París, en que se empleó sólo el tapón, tenemos un total de 88 casos, en los cuales murieron 28 madres y 58 niños; lo que da una mortalidad de 32 por ciento para las madres, de 66 por ciento para los fetos.

Descomponiendo los casos de Maternidad, tenemos:

29 casos antes de la antisepsis.

Mortalidad materna.............. 38 por ciento.
Mortalidad fetal.................. 55 ,, ,,

Después de la antisepsis, 18 casos.

Mortalidad materna.............. 11 por ciento.
Mortalidad fetal.................. 55 ,, ,,

Mientras que la mortalidad fetal permanece la misma, lo que indica semejanza en los diferentes casos, la materna se abate más de dos tercios. Suprimiendo ahora un caso de muerte entre estos 18, por tratarse de una mujer albuminúrica que sucumbió un mes después de su entrada al Hospital, á consecuencia de la uremia, se tiene:

Mortalidad materna.............. 6 por ciento.
Mortalidad fetal.................. 55 ,, ,,

En nuestra pequeña estadística encontramos tres observaciones, en que se aplicó el tapón con exclusión de todo otro método. En estos tres casos, tres madres se salvaron, y de los fetos uno sólo. Estos resultados corroboran los extranjeros, que demuestran con toda claridad las ventajas que se obtienen del tapón, cuando se aplica con las reglas de la antisepsis.

Más tarde veremos sus indicaciones, cuando hagamos la comparación de los principales métodos.

# II

## METODO DE PUZOS.

---

### Rotura de membranas.

A Puzos es á quien se le debe la vulgarización de este método, quien lo hacía primitivamente consistir en dos intervenciones: 1ª la dilatación del orificio uterino con los

dedos: 2ª la rotura de las membranas, durante el trabajo. Hoy se desecha la primera como peligrosa y se acepta la segunda.

El método consiste pues, esencialmente, en la rotura artificial de las membranas.

Estudiaremos sucesivamente: 1º su acción hemostática; 2º la manera como obra; 3º sus indicaciones y contraindicaciones; y 4º los resultados estadísticos.

### 1º Acción hemostática.

El método de Puzos aplicado en los casos en que tratándose de una presentación de vértice, las contracciones uterinas sean enérgicas y el cuello suficientemente dilatado; únicas circunstancias en que debe aceptarse, produce casi siempre la hemostasis. Si, por el contrario, se trata de presentaciones viciosas, de contracciones débiles ó nulas, las condiciones para la hemostasis faltan y ésta no podrá producirse.

### 2º Mecanismo de producir la hemostasis.

Para comprender la manera como se produce la hemostasis, es preciso conocer la causa que produce la hemorragia. Aquella reside en el modo de formación de la bolsa.

### Papel que desempeña la bolsa de las aguas en la producción de la hemorragia.

Sabiendo cómo se forma la bolsa, se comprende fácilmente el porqué de la hemorragia. Dos teorías se han emitido para explicar su formación: 1ª la del alargamiento; 2ª la del deslizamiento.

La primera es falsa, porque supone que las membranas, sin sufrir ningún despegamiento, se ensanchan considerablemente al nivel del orificio, hasta formar la bolsa de las aguas; y además, porque está demostrado que las membranas son muy poco extensibles.

La segunda, ó sea la del deslizamiento, es la verdadera. Las membranas se comienzan á despegar en el orificio interno, este despegamiento se extiende hacia arriba, más ó menos según el tamaño de la bolsa que se va á formar; entonces, ya sea que las membranas resbalen á lo largo de las paredes uterinas, ya sea, lo que es más probable, que las paredes uterinas se remanguen sobre la superficie de las membranas, la bolsa está constituída.

La regla es que el despegamiento se haga entre el corion y la pared uterina; la excepción, entre el corion y el amnios. La bolsa la forma entonces exclusivamente el amnios.

Ahora podremos comprender el mecanismo de la producción de la hemorragia y su cesación cuando las membranas se rompen.

Dos casos hay que considerar: 1º Cuando la placenta es marginal; 2º Cuando es centro por centro.

En el primer caso la bolsa se forma como de costumbre: el despegamiento comienza en el orificio interno, entre el corion y la pared uterina, avanza poco á poco hasta encontrar el borde de la placenta, la cual no siendo otra cosa sino el corion engrosado, se despega á su vez y da origen á la hemorragia.

En el segundo no existe realmente la bolsa, ésta viene á estar representada por la placenta misma que se despega por el mecanismo anterior, dando lugar á la hemorragia.

¿Qué fin se persigue al romper las membranas? Evitar el estiramiento de éstas, y con él, el despegamiento y por consiguiente la hemorragia.

### Papel que desempeña en la hemostasis la parte fetal que se presenta.

Si hubiera un medio que fuera á obrar mediata ó inmediatamente sobre los senos uterinos abiertos, obturándolos, éste constituiría un excelente medio de hemostasis. Esto es precisamente lo que se obtiene en el caso que nos ocupa; el feto rechazado por las contracciones uterinas pone en relación su parte presentada con la placenta, la comprime, y por su intermedio comprime los senos abiertos. El feto constituye, en una palabra, un verdadero tapón intra-uterino.

Hay una condición indispensable para que la parte presentada baje á comprimir la superficie de inserción de la placenta y es que el huevo esté roto; mientras la bolsa esté intacta la parte presentada no ejercerá ninguna influencia sobre la hemorragia.

Ahora bien, fácil era de prever que no todas las partes que el feto presenta habían de ser igualmente eficaces como tapones, y es lo que las observaciones han venido á demostrar.

Supongamos que el hombro se presenta, no descenderá, mientras no se rompa la fuente y aun después de la rotura las hemorragias se han visto continuar, lo que prueba que no es perfecta la adaptación entre la parte presentada (por su forma irregular y su descenso incompleto) y la superficie uterina.

Cuando esta adaptación es completa, como sucede en los casos en que el feto es pequeño ó está muerto, es decir, cuando la evolución espontánea es posible, la hemostasis está asegurada.

Entre nuestras observaciones se encuentran dos que lo demuestran, la 2ª y la 13ª En la 2ª no se produjo hemorragia durante el trabajo; el parto espontáneo se ve-

rificó. En la 13ª las hemorragias que se produjeron en la gestación, no reaparecieron durante un trabajo de 24 horas.

Si es el asiento el que se presenta, hay que considerar dos casos: 1º cuando los miembros inferiores extendidos se colocan contra el tronco del feto; y 2º cuando uno ó los dos miembros acompañan el asiento.

En el primero, la forma irregular del asiento y las dificultades para encajarse, lo hacen un tapón pésimo, y la hemorragia se continúa á pesar suyo.

En el segundo, cuando los miembros inferiores doblados van á aplicarse contra el extremo pélvico, no hay combinación más feliz, la hemorragia se detiene seguramente. El método de Braxton-Hicks produce artificialmente esta disposición.

En la observación 24ª de la Casa de Maternidad se trataba de una presentación segunda de pelvis, y en un trabajo de 5 horas no se produjo hemorragia.

Consideremos ahora el caso en que el vértice se presente; aquí también se necesitará como en las presentaciones anteriores, que la parte fetal comprima exacta y fuertemente la superficie sangrante. Porque ¿de qué servirá que el vértice se presente, si un estrechamiento detiene la cabeza antes de que llegue á ponerse en contacto con el segmento inferior de la matriz? ¿De qué servirá que se presente el vértice, si una contracción débil de este órgano es insuficiente para mantener la cabeza comprimiendo la inserción placentaria? La respuesta es clara. De nada serviría tampoco el que se presentara la cabeza y que las contracciones fueran enérgicas, si cada vez que cesara la contracción la cabeza había de abandonar su puesto; esto sucede cuando el orificio uterino no está suficientemente dilatado, es decir, cuando la cabeza no está profundamente encajada, al grado de producir una dilatación considerable del orificio.

Luego encajamiento profundo de la cabeza, con dilatación avanzada del orificio y contracciones enérgicas de la matriz, son condiciones indispensables para el buen éxito de la operación.

Las observaciones 10, 20, 26 y 28, son ejemplos de presentaciones de vértice con rotura espontánea de la bolsa. En la primera no se produjo hemorragia durante 9 horas que duró el trabajo. En la segunda, notable por haber coincidido la inserción viciosa con hidropesía del amnios, no se reprodujo durante el trabajo la hemorragia que hubo antes del parto.

En la tercera y cuarta, tampoco se reprodujeron las hemorragias que se presentaron durante la gestación.

### 3º Indicaciones y contraindicaciones.

Tres casos tenemos que considerar; si el feto se presenta por el hombro, por el asiento, ó por el vértice. La presentación de cara no la tomamos en consideración por no estar señalado ningún caso en que haya coincidido con la placenta previa.

Si el feto se presenta por el hombro, lo racional entonces será hacer la corrección por maniobras externas, porque tras de los peligros que lleva consigo la rotura de la bolsa en estas circunstancias, se expone el operador á no conseguir su objeto.

La observación 5ª es un ejemplo de corrección por maniobras externas en un caso de presentación de hombro; desgraciadamente se hicieron después desbridaciones en el cuello uterino para practicar la versión y el parto manual.

Si el feto se presenta por la pelvis, entonces estará ó no indicada la rotura de la bolsa, según que el asiento vaya acompañado de los miembros inferiores ó sólo: excelente tapón en el primer caso y malo en el segundo.

Cuando el vértice es el que se presenta, la rotura de las membranas se ha hecho en distintos momentos.

Parteros como Smellie, Lee y en estos últimos tiempos Pinard, la han practicado antes del trabajo. Baste poner en consideración, la posibilidad de que se cambie una buena presentación en otra viciosa y la facilidad con que puede producirse la putrefacción, por acceso al aire, en el interior del huevo, donde está el feto muerto ó próximo á morir; y si á esto agregamos la falta de contracciones y la ausencia de dilatación del cuello, difícil será admitir semejante intervención en ese momento.

En igualdad de circunstancias al principio del trabajo, se acusa además á este método de disminuir en este momento las contracciones uterinas.

Queda sólo un caso en que da muy buenos resultados, y es, el de las presentaciones de vértice con encajamiento profundo, contracciones enérgicas y dilatación suficiente del orificio.

El mínimum de dilatación que se señala en el extranjero, es de 2 ½ centímetros cuando el orificio está blando, y de 3 ½ cuando está rígido.

Este grado de dilatación está bueno para los que se preocupan poco de la vida del feto; porque es indudable que, aplicado con una dilatación tan corta, el feto perecerá por asfixia, mientras la dilatación se completa ó durante el período de expulsión.

Por este motivo consideramos el método de Puzos aplicable tan sólo en los casos en que sea posible terminar rápidamente el parto.

### 4º Resultados estadísticos.

Entre los casos recogidos en la Clínica de partos y la Maternidad de París, se encuentran 38 en los que se apli-

có el método de Puzos; las presentaciones eran todas de vértice y por toda intervención se habían roto las membranas.

De estos 38 casos, 5 madres murieron y 18 niños.

Esto da:

| | |
|---|---|
| Mortalidad materna............... | 13 por ciento |
| Mortalidad fetal..................... | 46 ,, ,, |

Hemos ya mencionado 7 de nuestras observaciones, en las cuales se hizo la rotura espontánea de la bolsa y no se tuvo ninguna intervención. De estos casos, ninguna madre murió y de los niños sólo 4. Considerando separadamente las presentaciones de vértice y las que no lo son, tenemos 4 de vértice, 2 de tronco y 1 de pelvis. En las primeras un niño muerto solamente, en las otras tantos cuantos eran los casos. Es de advertir que los niños estaban muertos antes del trabajo, lo que es muy frecuente en las hemorragias por placenta previa.

# III

# METODO DE SIMPSON.

### Arrancamiento total de la placenta.

Antes de describir este método, veremos cuál es el origen de la hemorragia en los casos que nos ocupan.

Sin tratar de precisar cuál es la causa que trae el despegamiento de la placenta, puesto que se ha atribuído á la falta de paralelismo entre el desarrollo de la placenta y el del segmento inferior de la matriz, defendiendo unos que es el útero el que crece rápidamente, y otros lo contrario; puesto que también se hace desempeñar el principal pa-

pel á la desaparición del cuello antes del parto y su dilatación durante el trabajo, haciendo intervenir igualmente las contracciones uterinas. El hecho es que el despegamiento se produce, y que al examinar las superficies cruentas se hallan sembradas de vasos sanguíneos que pertenecen á la madre.

La sangre se escurre de la superficie uterina y no de la placentaria, como lo quiere Simpson. Ni podía admitirse otra cosa, si se reflexiona que para que la sangre escurriese por la superficie placentaria, sería preciso que la circulación materna y la fetal se comunicasen directamente entre sí, para que la sangre viniese á pasar de la superficie uterina á la placenta, por donde no ha habido despegamiento, para derramarse después al exterior por la superficie placentaria; pero es precisamente lo contrario lo que se observa, verificándose, como es sabido, la nutrición del feto, por simples fenómenos de ósmosis.

Si la disposición respectiva de las dos circulaciones uterina y placentaría, no permite admitir el origen que Simpson atribuye á la hemorragia; la experimentación fisiológica y la observación lo rechazan igualmente.

Se ha observado: 1º que después de haber sacado la placenta, la hemorragia continúa algunas veces; 2º que la muerte del feto no impide la continuación de la hemorragia.

Mackensie ha experimentado en perras cargadas: abrió el útero, despegó la placenta y vió salir la sangre de la superficie uterina.

Ha experimentado también en una mujer recientemente muerta; para esto, inyectó sangre desfibrinada en las arterias hipogástricas; después de desprender parcialmente la placenta, la sangre escurría por la superficie uterina y no por la placentaria.

Además, quien quiera que haya visto una operación ce-

sárea ó presenciado una inversión uterina, se habrá convencido de la verdad asentada.

El método de Simpson consiste en despegar la placenta completamente, con la mano introducida en totalidad ó en parte en la matriz. Una vez desprendida aconseja extraerla brusca y violentamente.

En seguida si la hemorragia cesa, abandona la expulsión del feto á la naturaleza; si, al contrario, continúa, procura terminar el parto rápidamente.

Este método tiene por bases: 1º un hecho eminentemente falso, como lo acabamos de ver, el creer que la hemorragia proviene de la placenta y no de la superficie uterina; 2º el hecho de existir algunos casos en que la hemorragia ha cesado.

Simpson está muy lejos de aconsejar su método en todas circunstancias, y en su Clínica Obstétrica se le ve fijarse é insistir sobre las indicaciones de su procedimiento. Lo aconseja exclusivamente en los casos de difícil versión ó en aquellos en que el feto está muerto.

En los 47 casos presentados por Simpson murieron 3 madres y todos los niños, menos 1. Esto da una mortatidad de 6.3 por ciento para las madres y de 96 por ciento para los niños.

En otras manos las estadísticas son menos buenas.

Reuniendo los casos de diferentes estadísticas se ha llegado á un número total de 149.

| | | |
|---|---|---|
| Madres muertas.... | 30 | Mortalidad: 20 por ciento. |
| ,, curadas..... | 119 | |
| Niños muertos...... | 124 | Mortalidad: 83 por ciento. |
| ,, vivos......... | 25 | |

No es esta la manera como se concibe en México el procedimiento de Simpson.

El hábil Dr. Capetillo se expresa así:[1]

1 Art. 7º del Código de Procedimientos tocológicos.

"Si en las circunstancias de la regla anterior (integridad de la bolsa, cuello dilatado ó dilatable) ora sea marginal, ora sea central la inserción de la placenta el producto viviere, inmediatamente después de despegar y sacar la placenta, se hará la versión con la premura y cuidado que á la vez demanda la urgencia del caso (festina lente)."

El Dr. Capetillo, por la destreza que le es peculiar, nos refiere haber tenido buen éxito en algunos casos.

¿Mas de esto se podrá concluir en la bondad del método y erigirlo como procedimiento casi exclusivo en el tratamiento de la placenta previa? No lo creemos así, y nos basamos en las consideraciones siguientes:

Se le van á quitar al feto de un sólo golpe y cuando todavía se encuentra encerrado en la matriz todos los lazos que le unen á la madre, todos sus medios de nutrición, en un momento en que nadie podrá prever las dificultades de la versión, el tiempo que durará ésta; ó si es previsto por personas que van precedidas de una larga práctica, no es menos cierto, que hay dificultades y peligros en la extracción manual, independientes de toda habilidad.

La madre se encuentra en grave peligro, por continuar la hemorragia, pues que como lo hemos dicho más arriba, este método se funda en error anatómico sobre el origen de la hemorragia.

Podemos ahora concluir que todo aquel que no esté suficientemente práctico en la ejecución de la versión, y más el que no la haya hecho ni por primera vez, no debe ponerse nunca á operar, cuando los más notables prácticos están expuestos á no ver coronados sus esfuerzos.

Entre los casos que nosotros presentamos, se encuentran 7 en los que se aplicó la maniobra de Simpson seguida de versión. En 2 de ellos el feto estaba vivo; en los restantes había dejado de existir antes de la operación.

Las observaciones son: la 6ª, 7ª, 11, 12, 22, 23 y 29.

En las 12 y 23 el feto estaba vivo; de éstas, la primera era un embarazo de 8 meses, el niño fué vuelto á la vida después de luchar una hora, y la madre sucumbió; la segunda, era un embarazo de 6 meses, el feto hizo apenas una inspiración y la madre se salvó. En las 5 otras observaciones en que el feto estaba muerto, se salvaron 3 madres. Luego de los 7 casos se salvaron 4 mujeres y un niño.

# IV

## METODO DE BARNES.

### Despegamiento parcial de la placenta.

Algunas consideraciones son aquí necesarias:

El útero se divide en tres zonas: polar superior, ecuatorial y polar inferior, por dos planos paralelos á lo que pudiéramos llamar ecuador del útero. En la zona polar superior ó sea la que se encuentra arriba del círculo del mismo nombre, es donde se inserta normalmente la placenta; si se inserta abajo del círculo polar inferior aunque sea por una pequeña extensión de su superficie, la placenta es previa.

Fijemos ahora el lugar preciso del círculo polar inferior.

Supongamos una presentación de vértice, la circunferencia sub-occípito frontal es entonces la más grande de la cabeza, el círculo que con ella se encuentra en relación, lejos de ensancharse para dar paso á las partes fetales menos voluminosas que la cabeza, se estrechará. No sucede lo mismo con los círculos cada vez más pequeños que se encuentran abajo de la gran circunferencia de la cabeza,

estos por su extensibilidad son capaces de dilatarse tanto cuanto lo exige el descenso de la parte presentada.

La distancia que separa un punto cualquiera de la circunferencia sub-occípito frontal, del vértice de la cabeza, mide 76 milímetros. Luego á 76 milímetros del orificio interno ó á 8 centímetros, se encuentra el círculo polar inferior, y el espacio comprendido entre éste y aquel es la zona peligrosa.

Ahora podemos comprender todas las variedades de la placenta previa.

Es centro por centro cuando el centro de la placenta corresponde al orificio interno del cuello; parcial, cuando un punto intermedio entre el centro de la placenta y su borde, corresponde al orificio interno; marginal, si el borde de la placenta está en relación con el mismo orificio; lateral, cuando la inserción se hace entre el límite anterior y el círculo polar inferior.

Pasemos ahora al método de Barnes:

"Introdúzcase la mano en la vagina, llévese uno ó dos dedos tan lejos como sea posible entre la placenta y el útero, hágaseles describir un círculo al derredor del orificio, de manera de despegar la placenta tan lejos como penetren; si se siente el borde de la placenta, ábranse anchamente las membranas á este nivel, sobre todo si no están aún desgarradas; asegúrese, si es posible, de la posición del feto antes de sacar la mano. En general, después de esta operación, el cuello se retrae un poco y frecuentemente la hemorragia cesa."

Esta es la manera como el partero inglés describe su metodo de despegamiento, el objeto que se propone al romper las membranas es despertar ó aumentar la fuerza contráctil de la matriz, para impeler la cabeza contra la superficie sangrante del útero, convirtiéndola en un verdadero tapón intra-uterino; pero siendo problemático al-

canzar este objeto, como lo hemos visto al tratar del método de Puzos, cuando el orificio uterino no está dilatado, aconseja aplicar un vendaje apretado en el vientre de la madre. Si el tapón es eficaz y la hemorragia cesa, se abandona el parto á la naturaleza.

En los casos en que la hemorragia no se detiene, recurre el autor á la dilatación artificial, sirviéndose de sus sacos dilatadores. Con estos sacos se hace una variedad de parto forzado y tienen, entre otros inconvenientes, el de cambiar frecuentemente la presentación.

Cuando el orificio está completamente abierto, continúa Barnes, se quita el tapón. Dos casos pueden presentarse entonces: ó el parto se ha convertido en normal, ó la hemorragia continúa. Si lo primero, vigílese á la enferma. Si lo segundo, extráigase al feto, generalmente con el forceps, cuando la cabeza se presenta; pero si es el asiento ó el hombro, hágase la extracción manual.

Nosotros nos adherimos completamente á la primera parte del método de Barnes, porque las ventajas que se obtienen al despegar la placenta en la zona peligrosa, son muy grandes, pudiendo uno servirse del índice sólo ó del índice y medio, que miden 8 centímetros, longitud suficiente para producir el despegamiento necesario. Pues en primer lugar, se facilita la dilatación del segmento inferior de la matriz, porque despegada la placenta se encuentra aquella libre de toda atadura y recobra completamente su elasticidad. En segundo lugar, suprime ó disminuye la hemorragia, dependiendo ésta, en efecto, de los despegamientos sucesivos de la placenta. Despegando en un sólo tiempo toda la extensión necesaria, la hemorragia es desde luego más abundante, pero se detiene muy pronto para no volver á aparecer ulteriormente.

En vista de los inconvenientes que presentan los saquillos dilatadores, en atención al poco efecto que se ob-

tiene de la rotura de las membranas antes del trabajo ó en su principio, nos inclinamos más bien á aplicar, cuando la hemorragia continúa después del despegamiento parcial, el tapón vaginal sin la desgarradura previa de las membranas. De este modo se tienen las ventajas del tapón Leroux, sin tener los inconvenientes de la desgarradura de la bolsa.

Después se dejará el parto á la naturaleza ó se extraerá el feto, según las circunstancias.

Hay un punto que es preciso no pasar en silencio, y es el momento en que es oportuno el despegamiento parcial de la placenta. Para no hacerse ilusiones de haber practicado el método en cuestión, se necesita hacer el despegamiento cuando el cuello no se ha borrado. De lo contrario, si se introduce el dedo á través del orificio, cuando el cuello ha desaparecido, apenas si se alcanzarán los límites del antiguo orificio interno.

En la Casa de Maternidad no consta ningún caso en que se haya aplicado el método de Barnes. En la clientela civil ha sido algunas veces aplicado con éxito por diferentes médicos, pero por desgracia no nos pudimos proporcionar detalles sobre estas observaciones.

Concretándonos á la estadística de Murphy, veamos los brillantes resultados que ha dado este método en sus manos.

El número de casos presentados por este autor es de 23; todas las mujeres se salvaron; 13 niños murieron.

En estos 23 casos, sólo 16 veces se aplicó el método de Barnes.

Resultados:

Madres: ninguna defunción. Mortalidad: 0 por ciento.

Niños: 9 vivos. Mortalidad: 43 por ciento.

El método se aplicó 9 veces antes del principio del trabajo y da los resultados siguientes:

Madres: ninguna muerta. Mortalidad: o por ciento.

Niños: 2 muertos. Mortalidad: 22 por ciento.

Los casos restantes fueron después del principio del trabajo.

Madres muertas: ninguna. Mortalidad: o por ciento.

Niños muertos: 4. Mortalidad: 57 por ciento.

# V

# METODO DE BRAXTON-HICKS.

### Versión por maniobras mixtas.

Verdad es que este excelente método de versión fué creado por D'Outrepont, en 1817, aplicado con diversas modificaciones por Busch en 1826, por Hohl en 1845 y por Braun en 1857; pero no es menos cierto, que no fué sino hasta 1860, cuando Braxton-Hicks le aplicó al tratamiento de la placenta previa, preconizando la versión cefálica ó podálica, mientras sus predecesores practicaban sólo la primera. Esto último ha hecho dar al método el nombre que hoy lleva.

### Descripción del método.

Colocada la mujer en postura toconómica y todo dispuesto, se introduce la mano en la vagina, se lleva un dedo ó todos los que se necesiten en el interior del cuello y después de haberse asegurado de la posición de la cabeza se apoyan contra ella, prestos á empujar cuando sea necesario.

A la mano derecha, la más diestra, es á la que se le confían las maniobras externas. Colocada sobre el vientre impele el extremo pélvico á la derecha, la mano izquierda rechaza entonces la cabeza del lado opuesto, hasta convertir la presentación de vértice en una de hombro, objeto que se alcanza con mayor ó menor dificultad, según que la cabeza esté más ó menos encajada y que haya ó no contracciones enérgicas de la matriz.

La maniobra continúa como antes, con sólo la diferencia de que en lugar de empujar la cabeza se rechaza el hombro que tomó su lugar; no tarda en ir al encuentro de la mano la rodilla ó á defecto de esta el pie. Esto se consigue con facilidad cuando la bolsa está intacta.

En los casos difíciles, tan luego como la cabeza esté arriba del reborde pélvico, se lleva la mano exterior debajo de ella y al mismo tiempo que se impulsan hácia arriba la parte fetal inferior y la cabeza, un ayudante abate el asiento.

Llegando á este momento de la operación, puede suceder que el orificio no dé paso al pie por encontrarse muy poco dilatado, entonces para no perder todo lo ganado, se fija aquel contra el pubis, comprimiéndolo con el dedo que está dentro; una presión exterior en el mismo lugar es algunas veces un adyuvante útil. La ventaja que se obtiene de esto es tener el pie al alcance del operador, para llevarlo á la vagina tan luego como el orificio lo permita.

Haciendo las maniobras en el sentido que hemos descrito se tienen muchas probabilidades, cuando no se conoce la presentación, de hacerlas en buen sentido, supuesto que en la generalidad de los casos el dorso del feto está á la izquierda.

Fácil es concebir las dificultades que se tendrán para hacer la versión, cuando estando el feto profundamente encajado, el brazo colgante en la vagina, la cabeza y el

asiento se encuentren aprisionados dentro del útero por la retracción uterina. El obstáculo opuesto por la contracción del útero es grande, por eso deben practicarse todas las maniobras en el intervalo de las contracciones.

Una vez que el orificio está suficientemente dilatado para permitir el paso del pie, se le lleva á la vagina lenta y suavemente, después de haber desgarrado las membranas, y se le hace descender sin esfuerzo, por el único peso del brazo; se tiene así un tapón natural, formado por la pierna. A medida que el orificio se dilata, un tapón cada vez más grueso se sustituye al primero, es decir, continúa el encajamiento del muslo y del asiento, y la hemostasis se encuentra asegurada.

Como se ve, este método no es otra cosa sino la versión pélvica por maniobras mixtas, seguida del abatimiento de uno de los miembros inferiores del feto. Si el feto se presenta por el extremo pélvico, la naturaleza se ha encargado de hacer la primera parte de la operación, el método es el mismo.

Veamos ahora lo que se puede esperar de este método y si se debe aceptar sin reservas en la práctica.

Es evidente que para juzgar de la bondad de un método se debe tomar en consideración: 1º su facilidad de ejecución; 2º su valor como hemostático; y 3º los resultados para la madre y para el feto.

En cuanto á la facilidad de ejecución de este método, es indudable que ha de presentarse gran variedad de casos, según que la enferma se presente en un período más ó menos avanzado del trabajo y que las contracciones sean más ó menos enérgicas; pero suponiendo una enferma en buenas condiciones, es decir, en el principio del trabajo, con dolores nulos, ya porque no hayan aparecido ó por la administración del cloroformo, y con la bolsa intacta, la mayor parte de los autores que lo han practicado varias

veces están de acuerdo en considerarlo como fácil de realizar.

Su valor como hemostático, á decir de la generalidad de los autores, es muy grande; la hemorragia se produce con abundancia en el momento de la operación; pero para detenerse bien pronto, tan luego como se hace descender el pie en la vagina. Todo convida á creer, en efecto, en la gran virtud de este tapón como hemostático, por representar un verdadero cono de vértice en el pie, y de base en la circunferencia bi-trocanteriana, que aumenta de espesor á medida que va siendo necesario.

De la reunión de diferentes estadísticas alemanas, se llega á un total de 178 casos. En estos hubo 8 madres muertas y 105 niños.

Mortalidad materna: 4. 5 por ciento ó 4 por ciento.

Mortalidad fetal: 60 por ciento.

En la mayor parte de los 8 casos de muerte, esta fué debida á la septicemia.

Hasta aquí todo parece convidar á aceptar este método, sin ninguna reserva, en la práctica; y sin embargo, si fijamos nuestra atención, veremos, que tan brillantes resultados, por lo que toca á las madres, no son obtenidos sino á precio de la vida de la mayor parte de los niños. El niño es puesto en las mejores circunstancias para que perezca: se rompe la bolsa de las aguas, se toma el pie y se le lleva á la vagina, no haciéndolo progresar sino de una manera lenta y gradual.

La matriz se retraerá entonces, é irá á obturar, por la compresión sobre la parte que se presenta, los vasos que dan sangre, es verdad, pero al mismo tiempo cegará el calibre de los vasos que no dan, es decir, las conexiones feto-maternas, y el feto se asfixiará. Ni podrían esperarse mejores resultados, desde el momento que se formulan preceptos contrarios á los sólidamente establecidos en Obs-

tetricia. En efecto, la conducta más racional que se aconseja seguir en los casos de parto agripino, es precisamente la contraria de la aconsejada por Braxton-Hicks, puesto que allá se respetan hasta donde es posible las membranas, y una vez rotas y completa la dilatación ó dilatabilidad del orificio, se termina rápidamente el parto.

Nosotros aceptamos por tanto sin modificación ninguna, las dos conclusiones que establece el Sr. Gutiérrez al tratar del método que nos ocupa.

1ª En los casos de placenta previa en que el feto ha muerto ya, y no hay indicación alguna de terminar el parto, el método de Braxton-Hicks dará los mejores resultados.

2ª Fuera de esta circunstancia, dicho método está enteramente contraindicado.

### Paralelo de los diferentes métodos.

Veamos desde luego los resultados numéricos de los distintos métodos, para estudiar después sus indicaciones respectivas. La mortalidad materna va disminuyendo á medida que se desciende.

### Mortalidad materna y fetal.

| | Madres. | Niños. |
|---|---|---|
| 1º Mét. de Simpson......... | 20 por ciento. | 83 por ciento. |
| 2º Mét. de Puzos............ | 13 por ciento. | 46 por ciento. |
| 3º Mét. de Leroux........... | 6 por ciento. | 55 por ciento. |
| 4º Mét. de Braxton......... | 4 por ciento. | 60 por ciento. |
| 5º Mét. de Barnes........... | 0 por ciento. | 43 por ciento. |

Sin prestar grande atención á la mortalidad fetal, se puede decir que los cuatro últimos métodos son igualmente buenos.

En efecto, la mortalidad fetal, salvo para el procedimiento de Barnes, sigue una progresión contraria á la de las madres.

Para el método de Puzos los resultados son más desfavorables; pero comprende su estadística casos en que no se aplicó la antisepsis, mientras que en los otros tres no sucede lo mismo.

El procedimiento de Barnes da los mejores resultados; pero además de que los casos son poco numerosos, pertenecen todos á un mismo operador.

Esta objeción es aplicable tan sólo á este método, porque en los restantes intervinieron diferentes operadores.

Nosotros, que reservamos el método de Braxton-Hicks para los casos no raros en que el feto está muerto cuando llega el médico, veamos tan sólo las indicaciones respectivas de aquellos que son aplicables con feto vivo.

Una hemorragia se presenta durante el embarazo, y no es de aquellas hemorragias ligeras, en que el reposo es suficiente para detenerlas, no; se trata de una pérdida que compromete la salud de la mujer; entonces no se puede aplicar el tratamiento de Puzos porque no hay ninguna de las circunstancias favorables para su empleo, falta por completo la dilatación del orificio.

Son los métodos de Leroux y de Barnes entre los que se tendrá que escoger. ¿Cuándo se deberá dar la preferencia á uno con exclusión del otro? Es evidente que cuando el canal cervical y sus orificios son poco permeables, si la hemorragia se presenta, lo que por fortuna es raro, antes del principio del séptimo mes, se deberá dar la preferencia al método de Leroux. La razón es clara: el método de Barnes por el extenso despegamiento que produce de las adherencias placentarias, provoca seguramente el parto; el método de Leroux puede dejar al embarazo seguir su curso y dar treguas para que el niño llegue á la viabilidad.

Fuera de las dos circunstancias arriba mencionadas, los dos métodos son igualmente aplicables. Esto es sobre todo cierto cuando el embarazo está ya cerca de su término, porque la idea de la posibilidad de dejar al feto por más tiempo en el interior del útero, lo que le da mayores probabilidades de vida, no deja de hacer inclinar la balanza del lado del procedimiento de Leroux.

Cuando la primera hemorragia se presenta y se logra detener, es el primer toque de alarma; desde entonces no se debe abandonar á la mujer; cerca de ella debe permanecer una persona capaz de practicar el taponamiento, tan luego como la pérdida se presente de nuevo.

Durante el trabajo, la hemorragia puede sobrevenir en los tres períodos del parto: dilatación, expulsión, parto de secundinas.

Durante la dilatación, hay que distinguir dos casos, según que la dilatación esté poco ó muy avanzada.

Si lo primero, ya sea que la inserción de la placenta sea central ó marginal, se puede seguir cualquiera de los dos procedimientos: tapón ó despegamiento parcial, con alguna maniobra previa, según la presentación de que se trate.

En una presentación de hombro se hará la corrección por maniobras externas, y en seguida se aplicará alguno de los dos procedimientos.

En una de asiento se intentará la inversión, y si no fuere posible, se aplicará cualquiera de los dos métodos mencionados.

Si lo segundo, cuando la presentación no es de vértice, se corrige; y entonces se puede aplicar perfectamente el método de Puzos. No surte, y el método de Barnes no es ya aplicable por haber desaparecido el cuello y ser imposible alcanzar los límites de la zona peligrosa; termínese el parto; mas si por cualquier circunstancia no se pudiese termi-

nar sin forzar un poco, tapónese, antes que ir á lacerar el cuello.

Hemos llegado al período de expulsión, y la hemorragia no cesa, el parto no se puede confiar á la naturaleza, porque el peligro es aún muy grande; la intervención varía entonces con la presentación.

Si el producto se aboca por el extremo pélvico, hágase la extracción manual.

Si el hombro es el que se presenta, la versión podálica por maniobras internas es la que está indicada.

Si es el vértice el que se presenta, ¿qué será preferible, la versión ó el forceps?

La estadística se encargará de contestarnos.

### VERSION.

| | |
|---|---|
| Mortalidad marterna.............. | 31 por ciento. |
| ,, fetal.................... | 60 ,, ,, |

### FORCEPS.

| | |
|---|---|
| Mortalidad materna.............. | 48 por ciento. |
| ,, fetal.................... | 57 ,, ,, |

En la Casa de Maternidad se aplicó 15 veces la versión y ni una sola vez el forceps. De estos 15 casos murieron 7 madres. De los fetos sólo 4 estaban vivos en el momento de la versión, y dos de ellos murieron.

Por lo que toca á las madres, estas 15 observaciones hablan en favor de la estadística: la mortalidad materna es poco considerable con la versión, con el forceps esta mortalidad es muy grande, lo contrario sucede con la mortalidad fetal.

Luego en caso de feto muerto se deberá practicar la versión; mas si el feto está vivo, se escogerá entre una y otro según las particularidades del caso.

La expulsión de las secundinas tiene de particular, que es frecuentemente patológica, y hay una recomendación que no se debe olvidar, á saber: que á la menor pérdida sanguínea se debe introducir la mano y sacarlas, porque está tan anemiada la mujer que una gota de sangre le hace falta.

***

Datos estadísticos y resumen de las observaciones de la Casa de Maternidad, desde el año de 1882, hasta mediados del presente.

**Servicio del Sr. profesor Rodríguez.**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Número total de partos | | | 3,602 |
| Número total de placentas previas | | | 29 |
| Madres muertas | 10 | Vivas | 19 |
| Niños muertos | 23 | Vivos | 6 |

Modos de terminación de los 29 casos:

| | |
|---|---|
| Versiones | 15 |
| Extracciones (asiento) | 3 |
| Parto forzado (versión) | 1 |
| Partos espontáneos | 10 |
| Total | 29 |

Los casos tratados por el tapón sólo, fueron tres; de estos, 3 madres se salvaron y un sólo niño.

En 7 casos, la naturaleza hizo la rotura de la bolsa (método de Puzos), el parto fué espontáneo. Ninguna madre murió; de los niños murieron 4.

De los 15 casos en que se aplicó la versión, murieron 7 madres y 13 niños. No se debe omitir, que sólo 4 estaban vivos en el momento de la operación.

En estas observaciones fué precedida la versión algunas veces de la aplicación del tapón, en otras de la maniobra de Simpson; 7 veces fué practicada esta última; 4 madres murieron y de 2 niños que estaban vivos, sucumbió uno.

Sólo tres veces se hizo la extracción manual; no se salvó más que una madre. El método de Deventer, ó sea la perforación de la placenta en su centro y versión, se aplicó en una de las observaciones; ningún buen resultado podía esperarse.

Una vez se practicó el parto forzado; momentos después se tenían enfrente dos cadáveres.

---

# OBSERVACIONES.

---

1ª 20 de Enero de 1882: J. G.;—de 18 años;—primípara;—embarazo de 8 meses;—inserción viciosa de la placenta;—presentación de vértice O. I. D. A.;—feto muerto;—hemorragias desde el 7º mes;—taponamiento del cuello del útero para detener la hemorragia y dilatarlo;—cuello dilatado y continuación de la hemorragia;—versión podálica el 21;—muerte de la mujer el mismo día por anemia.

2ª 1º de Junio de 1882: R. G.;—de 30 años;—multípara;—presentación de hombro A. I. I. A.;—compresión del cordón y feto muerto;—placenta inserta parcialmente en el cuello;—parto espontáneo;—alta de la mujer el día 22, después de un puerperio complicado por una metritis sub-aguda.

---

3ª 23 de Diciembre de 1882: F. G.;—de México;—molendera;—multípara;—embarazo de 8 meses;—hemorragia abundante 5 horas antes de entrar á la Casa;—presentación de pelvis S. I. I. A.;—placenta desprendida y feto muerto;—parto manual;—la madre curada el 31.

---

4ª 19 de Abril de 1883: C. C.:—de 29 años;—dos partos felices;—embarazo á término;—presentación de vértice O. I. I. A.;—placenta previa centro por centro;—hemorragia sumamente abundante á las 4 de la mañana;—entrada al Hospital 4 horas después;—placenta despegada, feto muerto;—versión por maniobras internas;—la mujer se salvó.

---

5ª 4 de Marzo de 1884: L. G.;—de 32 años;—lavandera;—tres partos desgraciados y dos felices;—embarazo á término;—placenta previa centro por centro;—presentación de tronco A. I. D. P.;—del 4 al 21 hemorragias tratadas por lavativas laudanizadas;—un día de estos, corrección por maniobras externas, convirtiendo la presentación en O. I. I. A.;—el 22 taponamiento de la vagina por hemorragias abundantes;—desbridaciones del cuello, versión por maniobras internas y parto manual;—madre y niña muertas poco después.

6ª 19 de Abril de 1884: M. S.;—de México;—8 partos felices;—placenta previa centro por centro;—presentación O. I. I. A.;—feto muerto;—3 días antes de entrar á la Casa estaba perdiendo sangre;—maniobra de Simpson, versión podálica y parto manual;—muerte de la mujer momentos después.

---

7ª 15 de Mayo de 1884: B. C.;—de 20 años;—multípara;—embarazo de 8 ½ meses;—pérdida de sangre desde un mes antes, el 15 tuvo varias hemorragias;—dilatación de 4 centímetros;—placenta previa centro por centro;—presentación de pelvis S. I. I. A.;—taponamiento de la vagina;—al día siguiente, extracción de la placenta seguida de parto manual;—trabajo de 20 horas;—feto muerto;—la mujer murió el mismo día.

---

8ª 29 de Julio de 1884: S. S.;—de 30 años;—2 partos felices;—embarazo de 9 meses;—hemorragias durante el embarazo;—placenta previa marginal;—presentación de vértice O. I. D. P.;—aplicación de tapón, la hemorragia se detuvo y se produjo el parto;—trabajo de 9 horas;—muerte del niño por el despegamiento prematuro de la placenta;—la madre se salvó después de una metritis.

---

9ª 11 de Julio de 1884: G. S.;—de 23 años;—multípara;—embarazo de 8 ½ meses;—presentación de vértice O. I. D. A.;—hemorragias en la gestación;— placenta previa marginal;—taponamiento de la vagina durante 29 horas;—nueva aplicación durante 22 horas;—parto espontáneo, después de un trabajo de 10 horas;—extracción de la placenta;—niño vivo;—la mujer se salvó á pesar de la septicemia.

10ª 8 de Febrero de 1885: J. M.;—de 40 años;—multípara;—embarazo de 7 meses;—presentación de vértice O. I. I. A.;—placenta previa centro por centro,—trabajo de 9 horas;—parto espontáneo y feto vivo;—placenta con degeneración grasosa;—alta de la madre 7 días después del parto.

---

11ª 7 de Julio de 1885: J. R.;—de 28 años;—multípara;—embarazo de 7 meses;—presentación de hombro A. I. I. A.;—niño muerto;—placenta previa centro por centro;—taponamiento fuera de la Casa;—extracción del tapón, cloroformización de la enferma y extracción rápida de la placenta y feto;—la enferma salió el 21.

---

12ª 2 de Agosto de 1885: M. E.;—de 30 años;—multípara;—embarazo de 8 meses;—placenta previa centro por centro;—2 aplicaciones de tapón;—al quitar el tapón, se encuentra la placenta haciendo hernia y el orificio completamente dilatado;—hemorragia considerable al desprender la placenta y extraer el niño por la versión;—la madre murió;—una hora después se logró salvar al niño.

---

13ª 11 de Agosto de 1885: G. S.;—de 20 años;—primípara;—embarazo de 9 meses;—placenta previa centro por centro;—presentación de hombro A. I. D. P.;—niño muerto;—hemorragias durante la gestación;—parto espontáneo después de un trabajo de 24 horas;—alta el 20.

---

14ª 17 de Noviembre 1885: F. C.;—de 26 años;—multípara;—embarazo de 8 meses;—entrada al Hospital el 18 arrojando corta cantidad de sangre;—el 15 hubo gran

hemorragia;—la pérdida se repitió el 17 con mayor abundancia;—aplicación de lavativas laudanizadas para contener la hemorragia;—taponamiento el 21 que duró 17 horas;—al quitar el tapón, se encontró el cuello dilatado;—despegamiento de la placenta en toda su porción posterior y versión por maniobras mixtas;—los brazos se levantaron y la cabeza no giró, muriendo el feto en las maniobras;—muerte de la madre ¾ de hora después;—la inserción era central;—la presentación de vértice O. I. D. A.

---

15ª 15 de Marzo de 1886: H. H.;—de 38 años;—multípara;—placenta previa marginal;—presentación O. I. D. A.;—taponamiento provisional en la calle por una hemorragia muy abundante;—las contracciones eran fuertes, la dilatación completa;—versión y extracción manual de una niña á término y viva;—la enferma murió el 6 del siguiente de septicemia.

---

16ª 11 de Julio de 1887: R. H.;—de 39 años;—multípara;—placenta previa con procidencia del cordón;—presentación de vértice y feto muerto;—gran hemorragia en la calle;—se hizo la versión extrayendo un feto casi á término;—la enferma tuvo una ligera metritis, por un tratamiento conveniente se curó.

---

17ª El 30 de Abril de 1888: el practicante del departamento Sr. Zermeño, se expresa así: "Esta enferma que se estuvo asistiendo aquí desde hace algunos días por tener placenta previa insertada centro por centro, presentó hemorragias muy considerables los días 29 y 30, que

obligaron á taponarla dos veces; á pesar del taponamiento vaginal, siguió saliendo mucha sangre, y esto obligó á operarla el 29 á las 12 de la noche. El producto estaba vivo y en presentación segunda de pelvis; tenía de 7 á 8 meses de edad, se hizo el parto manual perforando la placenta en su centro y las membranas en la parte correspondiente; sacado el tronco, se extendieron los brazos y la cabeza, rodando ésta, se puso la cara hácia adelante y la barba sobre el pubis; el cuello uterino no estaba enteramente dilatado, dificultó las maniobras, se retardó demasiado la operación y el feto murió asfixiado. Se extrajo en el acto la placenta; pero la poca hemorragia que hubo después de todo esto, bastó para acabar de agotar á la mujer y por más que se hizo, no se pudo salvarla, muriendo en la anemia más completa á la 1 ½ de la mañana."

---

18ª 17 de Julio de 1889: R. M.;—de 30 años;—multípara (3 felices);—embarazo á término;—ningún accidente durante la gestación;—presentación de tronco A. I. D. A.;—placenta previa;—hemorragia antes de la operación;—el trabajo duró dos días;—parto manual;—dos muertes.

---

19ª 5 de Septiembre de 1889: C. S.;—de 24 años;—multípara;—placenta previa marginal;—llegó á la casa con fuerte hemorragia que se detuvo con lavativas laudanizadas;—nueva hemorragia el día 6 que se contuvo del mismo modo;—7 horas después se aplicó un tapón de hilas en la vagina;—nueva hemorragia en la noche y cambio de tapón;—el día 7 se hizo otra aplicación de tapón;—versión y extracción del feto al día siguiente;—extrac-

ción de la placenta;—el niño nació muerto;—la madre murió el mismo día.

---

20ª 7 de Noviembre de 1889: A. E.;—de 35 años; lavandera;—secundípara;—embarazo de 8 meses;—placenta previa marginal;—hidramnios;—presentación de vértice O. I. D. A.;—hemorragia antes del parto;—parto espontáneo el 9 de un niño que vivió 9 horas;—mujer curada.

---

21ª Marzo 2 de 1890: V. M.;—de 19 años;—lavandera;—un parto feliz;—embarazo de 7 meses;—placenta previa marginal;—presentación de vértice O. I. D. A.;—niño muerto;—hemorragia al mes del embarazo y otra al 7º mes;—aplicación de tapón vaginal;—trabajo de 24 horas;—parto espontáneo;—la mujer salió el 14.

---

22ª 5 de Junio de 1890: G. M.;—de 30 años;—molendera;—multípara;—embarazo de 5 meses;—placenta previa marginal;—presentación de vértice;—tuvo hemorragias repetidas;—maniobra de Simpson el día 5 por el Dr. Capetillo;—mujer curada.

---

23ª 17 de Junio de 1890: S. C.;—de 29 años;—embarazo de 6 meses;—placenta previa central;—presentación de vértice O. I. D. A.;—hemorragias durante la gestación;—extracción del feto el 17 después de haber despegado la placenta;—el cuello estaba dilatado;—el niño hizo una inspiración;—la mujer se salvó.

---

24ª 8 de Junio de 1890: C. C.;—de 32 años;—tortillera;—8 partos felices;—embarazo de 8 meses;—presentación de pelvis S. I. D. A.;—parto espontáneo;—trabajo de 5 horas:—niño muerto;—mujer curada.

---

25ª 11 de Agosto de 1890: M. V.;—de 34 años;—un parto feliz;—embarazo de 7 y medio meses;—presentación de tronco A. I. I. A.;—placenta previa marginal; hemorragia antes del parto;—trabajo de 14 horas;—feto muerto;—madre curada.

---

26ª 11 de Noviembre de 1890: M. R.;—de 25 años;—6 partos prematuros;—embarazo de 7 meses;—presentación de vértice O. I. D. A;—placenta previa marginal;—hemorragia antes del parto;—20 horas de trabajo;—parto espontáneo el día 11;—niño vivo;—la mujer pasó pronto á la convalecencia.

---

27ª 22 de Marzo de 1891: D. S.;—de 22 años;—secundípara; embarazo de 8 meses;—presentación de tronco A. I. I. A.;—inserción marginal;—ningún accidente de la gestación;—12 horas de trabajo;—feto muerto;—versión y parto manual;—mujer viva.

---

28ª 15 de Mayo de 1891: N. C.;—de veinte años;—multípara;—embarazo de 8 meses;—presentación de vértice O. I. D. A.;—placenta previa y procidencia del cordón;—niño muerto;—había perdido gran cantidad de sangre;—5 horas de trabajo;—parto espontáneo;—la mujer se salvó.

---

29ª 4 de Junio de 1891: A. M.;—multípara;—embarazo á término;—hemorragia por la inserción viciosa de la placenta;—presentación de vértice O. I. I. A.;—placenta haciendo hernia en la vagina;—feto muerto;—tentativas de extracción inútiles fuera de la Casa;—tres días de trabajo;—se extrajo la placenta y se hizo la versión;—la mujer se salvó.

## CONCLUSIONES.

En vista de las cifras de mortalidad obtenidas principalmente para los niños, creemos racional concluir:

1º En la necesidad de que toda mujer en cinta se sujete á un reconocimiento, desde que haya entrado en el séptimo mes de su embarazo.

2º Siempre que una hemorragia seria se haya producido, deténgase con un medio proporcionado á la gravedad del caso y no con lavativas laudanizadas.

3º Aplíquese siempre aquel método que más se conozca, á condición de que esté indicado.

México, Julio 30 de 1891.

